

VIHNCULADOS

**INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL PARA LA RESIGNIFICACIÓN DEL ESTIGMA Y LA
DISCRIMINACIÓN, EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/ SIDA DEL GRUPO
DE LA FUNDACIÓN RASA**

LUZ MARÍA GARCÍA RINCON

Psicóloga

DENÍS ISABEL GARCÍA MENDEZ

Psicóloga

HERNANDO RINCÓN MEJIA

Psicólogo

ANDRÉS FELIPE CARDONA GONZÁLEZ

Licenciado en ciencias sociales

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGO

FACULTAD DE POSGRADOS

ESPECIALIZACIÓN EN INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

Junio 2014

**INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL PARA LA RESIGNIFICACIÓN DEL
ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN, EN PERSONAS QUE VIVEN CON
VIH/ SIDA DEL GRUPO DE LA FUNDACIÓN RASA**

**LUZ MARÍA GARCÍA RINCON
DENÍS ISABEL GARCÍA MENDEZ
HERNANDO RINCÓN MEJIA
ANDRÉS CARDONA GONZALEZ**

**Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar al título de
Especialistas en Intervención Psicosocial**

Asesor

CÉSAR AUGUSTO JARAMILLO JARAMILLO

Psicólogo, Magíster

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGO
FACULTAD DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN INTERVENCIONES PSICOSOCIALES
MEDELLÍN
Junio – 2014**

Tabla de contenido

Resumen.....	3
2. Plata forma de gestión de la propuesta	6
2.1 Reseña Histórica.....	6
2.2 Misión.....	9
2.3 Visión.....	9
2.4 Objeto social.....	10
2.4.1 Portafolio de productos.....	10
3. Referente contextual.....	11
3.1 Lo legal.....	16
4. Caracterización de la Población.....	20
5. Planteamiento del problema.....	22
6. Justificación.....	26
7. Objetivos.....	27
7.1 Objetivos específicos.....	28
8. Perspectivas teóricas.....	29
8.1. Representaciones sociales.....	30
8.2 Perspectivas conceptuales.....	31
8.2.1 VIH/SIDA.....	31
8.2.2 Intervenciones psicosociales.....	32
8.2.3 Estigma.....	33
8.2.4 Discriminación.....	34
8.2.5 Resignificación.....	35
8.2.6 Estereotipo.....	36
8.2.7 Prejuicio.....	39
9. Metodología.....	40
9.1 Fundamentación Metodológica.....	40
9.2 Sistema Evaluativo.....	44

9.3 Plan Operativo.....	45
10. Programación de actividades.....	52
10.1 Cronograma de Planeación y diseño.....	52
10.2 Cronograma de ejecución.....	53
11. Presupuesto	54
11.1 Presupuesto de diseño.....	54
11.2 Presupuesto de ejecución	56
12. Referencias.....	58

RESUMEN

El Ministerio de la Protección Social estableció dentro de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 2003 los lineamientos frente a la reducción sobre la transmisión de ITS y en concreto a la infección por VIH-SIDA. El Decreto 3039 de 2007 dentro de las Líneas de política número 2 y 3, "Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud", indica que se deben "Desarrollar estrategias de identificación de poblaciones vulnerables y de inducción de la demanda hacia los servicios de tamizaje, detección y tratamiento de los riesgos y daños en salud sexual y reproductiva" no solo en términos biológicos sino también en el tema de reducir el estigma y la discriminación a las personas que viven con VIH/SIDA. Es por eso de suma importancia académica, social y cultural intervenir el estigma y la discriminación que se deriva del VIH/SIDA porque el contexto de la interacción humana, la presencia, real o imaginaria, de un atributo estigmatizante, independientemente de su naturaleza específica, transmite mensajes que determinan las relaciones entre los interlocutores, constituyendo sus identidades e imponiendo conductas específicas en cada situación dada, tanto en el caso de personas "normales" que entran en contacto con este atributo, como en el de sus protagonistas.

ABSTRACT

The Ministry of Social Protection established within the 2003 Sexual and Reproductive Health National Policy the guidelines that address the reduction of transmission of STD's and specifically HIV-AIDS infection. The Decree 3039 of 2007 within the policy lines number 2 and 3, "Risk prevention and recovery and improvement of health damage" indicate that strategies need to be Developed for identifying vulnerable populations and induction of demand to screening services, detection and treatment of risks and threats to sexual and reproductive health "not only biologically but also on the issue of reducing stigma and discrimination against people living with HIV / AIDS. This is why it's of extremely academic, social and cultural importance to intervene the stigma and discrimination that derives from HIV / AIDS, because the context of human interaction, presence, real or imagined, of a stigmatizing attribute, regardless of their specific nature, transmits messages determining the relationships between partners, constituting their identities and imposing specific behaviors in a given situation, both in the case of "normal" people who come into contact with this attribute, as in its protagonists

}

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL PARA LA RESIGNIFICACIÓN DEL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/ SIDA DEL GRUPO DE LA FUNDACIÓN RASA

2. PLATAFORMA DE GESTIÓN DE LA PROPUESTA

El trabajo tiene como contexto de intervención el grupo de apoyo de hombres y mujeres que viven con VIH/SIDA, de la fundación RASA (Red de Apoyo Social de Antioquia). Fundación que se dedica al acompañamiento a personas no solo con la patología presente sino, a todos los ciudadanos con necesidades de conocer y de gozar del pleno derecho al servicio a la salud y los derechos humanos en general.

2.1 Reseña Histórica¹

La Fundación Red de Apoyo Social de Antioquia; RASA inicia sus actividades el 22 de junio de 2006 en una sede alquilada en la circular 5ª con la cra. 71 en Laureles, Medellín, Antioquia, Colombia en un área aproximada entre 60 a 70 metros cuadrados, funcionando bajo Personería Jurídica 21-009500-22, como Organización No Gubernamental. Actualmente presta sus servicios en la cra.71 No. 45E 125 en el Barrio Florida Nueva de la ciudad de Medellín.

Gustavo Adolfo Campillo, fundador de ésta entidad, tuvo su trayectoria inicial en la Fundación Positivos Por La Vida a la cual perteneció, entidad que trabajaba por los derechos de los usuarios de VIH en el Sistema de Seguridad Social en Salud. Él, motivado por la necesidad de ampliar la línea de acción y de proteger los

¹ La información de la reseña historia se redactó a partir de una entrevista realizada por los investigadores Cardona A y García L.M a Diana Herrera, directora ejecutiva de la Fundación RASA realizada el 9 de octubre de 2013.

derechos de los usuarios afectados por VIH, crea La Fundación Red de Apoyo Social de Antioquia; RASA, acompañado de 4 amigos, Natalia Sáenz Agudelo, José Alberto Ospina Mesa, Hugo Escobar y Gabriel Mejía, para que fueran los miembros de su Asamblea y conformaran la Junta Directiva de RASA, siendo él el único socio con un aporte social inicial de \$ 7.000.000 y en diciembre de 2008 realiza un nuevo aporte, ésta vez en especie representado en un computador avaluado en \$850.000, aumentado el capital a \$7.850.000.

De los 4 amigos que acompañaron a Gustavo Adolfo Campillo en la creación de RASA, en la actualidad hay 2, ya que Hugo Escobar se retiró de la Fundación por las realidades sociales que en ella se manejan, y Gabriel Mejía debido al cambio de domicilio.

Más tarde ingresaron otras personas a conformar ésta junta directiva y en la actualidad son 7 miembros:

- Gustavo Adolfo Campillo Orozco
- Amparo Gutiérrez Mesa
- María Natalia Sáenz Agudelo
- José Alberto Ospina Mesa
- Bernardo Antonio Hernández Suarez
- Alejandro Correa Tejada
- Walter Hernán Álvarez Villegas

Los mayores colaboradores de la Fundación han sido en primera instancia los médicos tratantes, quienes brindan al usuario alternativas terapéuticas para ayudarles a mejorar su calidad de vida.

El 80% de los usuarios que atiende la Fundación son remitidos por médicos, el otro 20%, son personas que vienen referenciados por otros usuarios, que han tenido vínculos con RASA.

Como no tenían otra línea de acción, no hicieron nada adicional a lo que ya sabían hacer y ampliaron un poco su portafolio y la jerarquía, ya que eran enfermedades de alto costo, que incluyen dinámicas interventivas semejantes a las que se usan para cáncer, trasplantes, entre otras, es decir; el problema era que no estaban los medicamentos en el POS, o se les suspendieron los tratamientos a las personas por diversas razones de carácter legal.

De alguna manera la industria farmacéutica siempre se ha visto beneficiada por este escenario de la relación salud-enfermedad, en lo Nacional e Internacional, porque al lograr que el médico prescribiera los medicamentos por nombre genérico el paciente accede, -para el caso de éstas patologías especiales- a través del mecanismo de acción o de tutela o acción de petición, lo que se convierte en un obstáculo para el curso normal del tratamiento, además de asegurarle el mercadeo a la industria farmacéutica. A raíz de todo esto empezaron a entender la lógica de la Fundación y posteriormente a apoyarla.

Para la Fundación es primordial mantener su independencia y autonomía en todas sus acciones, por lo tanto no permite que en ningún momento el apoyo de instituciones o personas, tales como, EPS, laboratorios, industrias farmacéuticas, y usuarios, comprometan su ejercicio a través de condicionamientos de exclusividad o de exclusión, es decir, uno de estos actores no puede llegar a decir que realiza una donación con el fin de que solo sea para los usuarios de su conveniencia, las donaciones no pueden estar condicionadas, porque eso hace parte de la transparencia y pone en riesgo la esencia de Fundación. En alguna ocasión tuvieron la experiencia con un laboratorio que quería manejar este tipo de condicionamientos y la Fundación decidió no volver a tener contacto con ellos.

La industria farmacéutica ha sido soporte institucional, claro que la Fundación tiene que fortalecerse en la gestión de proyectos, ya que la inversión debe ingresar no por donación, sino por gestión de contratos, lo cual significa poder

participar en una licitación o una contratación directa, para ello es preciso tener la estructura jurídica y financiera que le permita participar en estos escenarios.

En las licitaciones que la Fundación ha participado con el Estado ha sido en programas de promoción y prevención de VIH.

El 63% del Pie de inversión de la Fundación en el año 2009 fue derivado de recursos del Estado, generados por contratación. Esto evidencia la independencia institucional de la Fundación, ya que es al estado contra quien se interponen las acciones de tutela y la Fundación busca garantizar que ésta responda con algunas de sus obligaciones, haciendo respetar la ley y cumplir con los derechos de los usuarios, en procura de darle a entender al Estado el concepto de RASA que un usuario sano, bien atendido, cuesta menos.

Empezaron entonces con la industria farmacéutica a vincularse en campañas o acciones de capacitación con personal de salud y con los pacientes. Pensando en que son dos actores del sistema que tienen que estar muy articulados, el paciente tiene que tener en su médico todo el respaldo para poderse garantizar el acceso, de igual manera el médico cuenta con el respaldo del paciente para poder obrar con ética el acto médico, esta articulación ha sido efectiva para la Fundación.

Dichas capacitaciones se llevan a cabo con el apoyo económico y la logística que aporta la industria. La Fundación brinda el conocimiento y presta sus servicios a la comunidad en general, promocionando la salud sexual reproductiva y los hábitos de vida saludables con énfasis en VIH/SIDA, además de la promoción, la prevención y el acceso efectivo a los servicios de salud de las personas que padecen enfermedades definidas como patologías de alto costo en diferentes ciudades del país, esto nivela el alcance y la posición de cada uno de los actores, generando una dinámica de ganancia colectiva así: el médico comienza a obrar como tiene que obrar y el paciente -en el caso de que le sea negada la atención- interpone una acción de tutela y así garantiza su derecho; gana el paciente, el sistema y el médico.

Estas capacitaciones han aportado reconocimiento Nacional a la Fundación, los médicos remiten los pacientes y ésta los orienta en la forma de acceso al sistema de seguridad social, guiándolos para interponer las acciones legales debidas, dado que la mayoría de los usuarios no conocen el procedimiento adecuado y les resuelve sus inquietudes.

Completando el círculo, los usuarios regresan porque se resuelven sus inquietudes y la mayoría de las tutelas son exitosas, así mismo los laboratorios venden y estas ventas los estimulan a realizar donaciones a la Fundación.

Todo esto hace parte de la responsabilidad social y es así como funciona la Fundación, es su dinámica, ese posicionamiento o experticia en la comprensión de derechos es la que le ha permitido tener una información propia que es una de sus mayores fortalezas, conserva los datos de todos los usuarios, permitiéndole capturar la información en cualquier momento que se requiera.

2.2 MISIÓN

Ser una alternativa social que posibilite en los individuos y las instituciones, estrategias para el afrontamiento de la pandemia del VIH/SIDA e ITS (Infecciones de Transmisión Sexual), con una actitud humana, preventiva/promocional y responsable para el logro de mejores condiciones de vida y el restablecimiento de vínculos entre los sujetos y la sociedad (RASA, 2006 p. 4).

2.3 VISIÓN

Estar posicionados en los niveles Internacional, nacional, regional y local como una institución abierta, que trabaja acorde a la dinámica de la pandemia del VIH/SIDA, generando espacios de progreso y eficiencia en los individuos, las familias y la sociedad en general (RASA, 2006 p. 4).

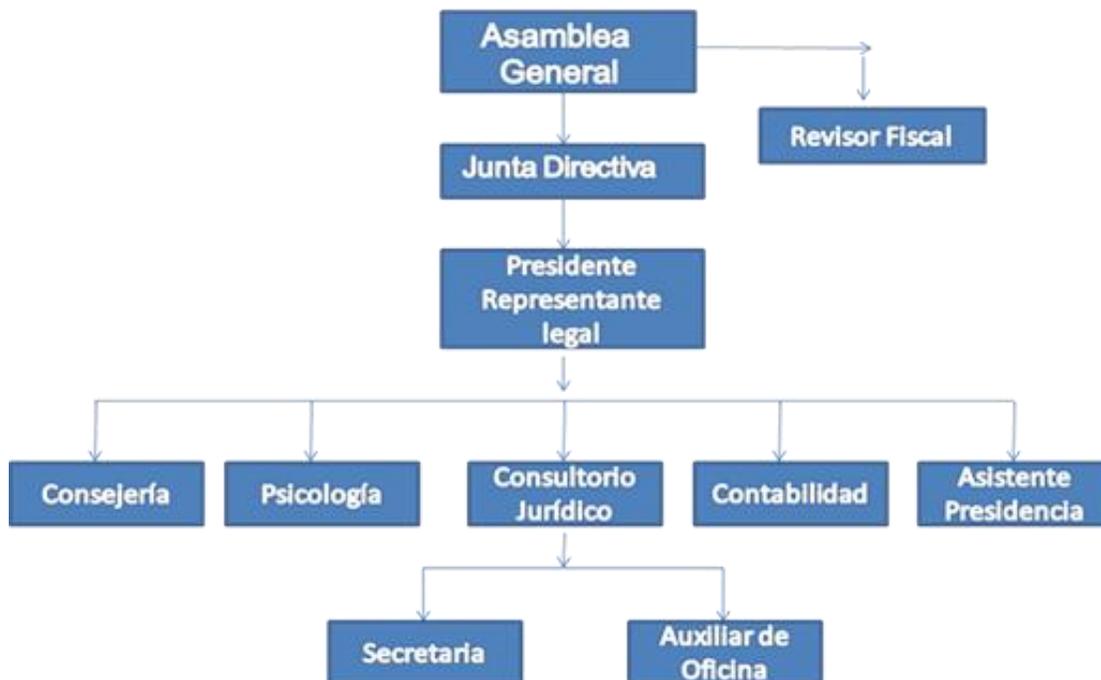
2.4 OBJETO SOCIAL

El proyecto se inscribe dentro del objeto social de la fundación RASA, en cual contempla lo siguiente:

Velar por el cumplimiento de los deberes y derechos de las personas que viven y conviven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana; VIH, el síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; SIDA y las demás patologías denominadas catastróficas de alto costo, dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia. (Fundación Red de Apoyo Social de Antioquia, 2010)

2.4.1 Portafolio De Productos

- Asesoría legal
- Consejería
- Psicología
- Banco de medicamentos
- Grupo terapéutico de PVV

Gráfico 1. Organigrama existente²

3. REFERENTE CONTEXTUAL Y LEGAL

El Departamento de Antioquia en el plan de desarrollo del 2012-2015 (Departamento de antioquia, 2012), sostiene que la salud es factor decisivo para el bienestar de las personas, las familias y las comunidades y a la vez, un requisito para el desarrollo con equidad.

Más aún, las personas tienen derecho a un cuidado equitativo, eficiente y atento de su salud y la sociedad en su conjunto debe garantizar que nadie quede excluido del acceso a los servicios de salud y que estos proporcionen una atención de calidad para todos los usuarios (Naciones Unidas en Novena Ronda,

² Organigrama elaborado (2013, octubre) por los investigadores con la ayuda de la dirección ejecutiva de la fundación RASA y con base en los insumos de Marzo de 2010.

2011). Es por esto importante identificar para los habitantes de Antioquia el estado de salud y bienestar de la comunidad dado su impacto sobre el desarrollo. La presencia de barreras de toda índole, en especial sociales, culturales, económicas y geográficas han propiciado la marginación de grupos poblacionales del disfrute efectivo de los derechos fundamentales protegidos por nuestra Constitución, conllevando a una situación de inequidad en salud.

La evolución de la mortalidad por VIH/SIDA para la ciudad de Medellín tiene un registro para el periodo del 2011, del 55% de los casos del departamento y el primer puesto en el número de muertes por esta causa; sin embargo, de acuerdo a la tasa de mortalidad por VIH, la ciudad se ubica en el sexto lugar, por debajo de municipios como Puerto Berrio y Carolina (proyecto fondo mundial VIH, 2011 p. 18)

En la ciudad de Medellín ofertan servicios 22 administradoras de planes de beneficio del régimen contributivo y 17 del régimen subsidiado. Se identifican por lo menos 3 entidades del régimen contributivo que desarrollan programas de atención a pacientes que conviven con VIH/Sida, ofreciendo además de los servicios estipulados en el POS (consultas y controles médicos, tratamientos antirretrovirales y seguimiento a los pacientes, entre otros), programas integrales de seguimiento farmacoterapéutico con algún enfoque diferencial, actividades de detección temprana de la enfermedad y acciones educativas que implican alianzas entre algunas administradoras de planes de beneficios con la finalidad de inducir la demanda de los servicios de atención de ITS, mejorar las conductas sexuales frente a la estabilidad y selección de las parejas por medio de asesorías y acompañamiento a las personas que conviven con la enfermedad (proyecto fondo mundial VIH , 2011 p. 30)

Desde la coordinación de Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaría de Salud de Medellín, se indicó que en el último año, la relación en la infección en la ciudad es de dos mujeres por cada ocho hombres. Esta médica señala que, por cada

persona reportada, hay nueve o diez sin diagnosticar. Por eso, para ella, el incremento en los registros también es positivo, pues significa que más gente está accediendo a la prueba y detectan más infectados. Se evidencia que en la ciudad de Medellín, las organizaciones de base comunitaria que prestan servicios relacionados con el VIH, la SSR o los grupos priorizados clave, son en su mayoría instituciones con más de 5 años de experiencia que pertenecen a alguna red de trabajo en VIH y/o con grupos priorizados claves y que articulan servicios entre sí y con otras instituciones de carácter no comunitario (Pelaez, 2012). Las poblaciones con la cuales más comúnmente trabajan las organizaciones, y casi en las mismas proporciones, son los hombres que tienen sexo con hombres, las Mujeres Trans, las trabajadoras sexuales y las personas con VIH. Dato importante que ilumina con que población se pretende realizar la propuesta del trabajo de grado.

Parte importante para reflexionar sobre el contexto de trabajo es esclarecer que la epidemia se ha caracterizado por permanecer concentrada, afectando principalmente a grupos de población de alta vulnerabilidad al VIH, con una prevalencia general entre personas de 15 a 49 años de 0,7%, superior al 5% en hombres que tienen sexo con hombres (10,9%) y cercana al 3% en mujeres trabajadoras sexuales. Cerca del 38% de los casos se concentra en personas entre los 15 y 35 años y aunque afecta mayoritariamente a hombres (78%), desde 1998 viene presentándose cierta tendencia a la feminización de la epidemia, pasando de una relación hombre: mujer de 20:1 en 1993 a 2,3:1 en 2006 (Proyecto fondo mundial VIH , 2011 p. 38).

La vía sexual es predominante como el medio probable de transmisión (96%), y aunque persiste el subregistro, el 56% se atribuye a contacto heterosexual, el 28% a contacto homosexual y el 16% a bisexual. (Pelaez, 2012)

Por eso el encuentro cotidiano con la población PVVS (Personas que Viven con VIH/SIDA) , sigue pareciendo pan de todos los días las múltiples manifestaciones

de Prejuicio, Estigma y Discriminación, a los que se ven sometidos dichas poblaciones, vulnerando con esto, los derechos fundamentales proclamados por la Constitución, que a lo largo de sus líneas expresa el reconocimiento de todos y de todas como sujetos de derecho, como ciudadanos y ciudadanas en un territorio democrático, como personas libres de cadenas y torturas, adjetivos que al parecer se han convertido en muchos de los casos, en un eslogan cultural, pero que en la práctica, pareciera vivir al margen de una ciudadanía plena limitada a los pocos logros que se puedan conseguir a partir de tutelas y otros mecanismos de defensa de los derechos humanos, puesto que se les niega la posibilidad de desarrollarse como sujetos políticos plenos, con los mismos derechos y deberes del “resto de la población”, faltando a la máxima constitucional que proclama que todos somos iguales.

Y es que apenas hace algunas décadas, el silencio y la indiferencia que maquillan el estigma y la discriminación en nuestro territorio hacia la población PVVS (Personas que Viven con VIH/SIDA), pareciera que ha dado los primeros gritos que pretenden romper dicho silencio, que aunque gritos ahogados, entendieron que no tienen aún la fuerza para desenterrar víctimas olvidadas, generadas por una población violenta e intolerante y que se sonroja frente las cuestiones relativas a la condición de salud de “esos otros”, que en últimas reflejan en muchos de los casos la falta de una prevención y educación consistente, en términos de autocuidado.

El estigma, la discriminación y el poco acceso a múltiples derechos políticos, tales como un trabajo digno, el ejercicio libre de la apropiación de lo público y sobre todo el acceso fundamental a la salud, como a otros derechos más; se mantienen vigentes en nuestra ciudad mediados por arraigos culturales e imaginarios sectarios, que pretenden estandarizar a los sujetos a paradigmas predeterminados, imposibilitando el libre ejercicio de Ser.

Dicha realidad nos pone -según el trabajo que pretendemos realizar-, en el ejercicio de pensarnos:

- La persona que vive con el VIH en el centro del manejo de su salud y bienestar.
- Supera el concepto más limitado de 'prevención positiva', el cual se enfoca solamente en que las personas que viven con el VIH 'prevengan' la transmisión del VIH.
- Poner el énfasis en la importancia de abordar la prevención y el tratamiento de manera simultánea y holística.
- Destacar los roles de liderazgo de las personas que viven con el VIH para responder a las barreras relacionadas con las políticas y la legislación dentro de los contextos socioculturales y legales en los que viven, así como para impulsar la agenda hacia una mejor salud y mayor dignidad.
- Incluir el mejoramiento y mantenimiento de la dignidad de la persona que vive con el VIH, para apoyar y ampliar su salud física, mental, emocional y sexual.
- Busca para las personas con el VIH vivir con dignidad, mantener o mejorar su salud y tomar decisiones que tengan resultados benéficos para sí mismas, sus parejas, familias y comunidades.

3.1 LO LEGAL

En el contexto Nacional de Colombia, se han venido construyendo desde la década de los 80 -en el marco de la naciente aparición del VIH/SIDA como patología-, algunas iniciativas y esfuerzos que tienen como objetivo, generar protocolos y rutas en el abordajes en salud hacia el diagnóstico, en donde estas formas legitimadas y acompañadas desde la preocupación del Estado, tienen como propósito la gestión efectiva de la ejecución de los Servicios de atención integral a las personas que viven con VIH/SIDA. Dicho marco legal tiene el presente recorrido histórico:

Marco Legal en VIH/SIDA ³					
Año	Mes	Día	Título	Tipo de Normatividad	Firma
1987	9	2	Mediante el cual se dictan medidas especiales sobre prevención y control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Sida	Proyecto de ley No. 121 de 1987	Congreso de la Republica de Colombia
1990	9	17	Por el cual se establecen normas para la prevención, control y tratamiento de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, VIH y el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA, y se dictan otras	proyecto de ley No.52 de 1990	Congreso de la Republica de Colombia

³ Cuadro referencial sobre la normatividad en VIH/SIDA en Colombia , elaborado por Elquín Alfonso Morales (MORALES, 2011)

			disposiciones.		
1990	12	14	Proyecto de Ley 52 de 1990 (Diciembre 14) Texto definitivo aprobado por la Comisión Quinta Constitucional permanente del Senado de la República	Proyecto de ley No. 52 de 1990	Congreso de la Republica de Colombia
1991	12	21	Por la cual se establecen las normas técnico administrativas del componente de prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual /SIDA dentro del programa de fortalecimiento y ampliación de los servicios básicos de salud.	Resolución 14081 de 1991	Ministerio de Salud de Colombia
1991	2	22	Por el cual se reglamentan parcialmente las leyes 09 de 1979 y 10 de 1990, en cuanto a la prevención, control y vigilancia de las enfermedades transmisibles, especialmente lo relacionado con la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, HIV, y el síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA, y se dictan otras disposiciones en la materia.	Decreto 559 de 1991	Ministerio de Salud de Colombia
1993	12	23	Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.	Ley 100 de 1993	Congreso de la republica

					de Colombia
1993			Por el cual se adoptan normas sobre el contagio por el VIH, se establecen sistemas para la protección de la familia y la intimidad de las parejas y se dictan otras disposiciones.	proyecto de ley No. 139 de 1993	Congreso de la republica de Colombia
1994	11	3	Por el cual se reglamentan actividades en materia de Salud Ocupacional	Resolución 3715 de 1994	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de Colombia
1997	6	12	Por el cual se reglamenta el manejo de la Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras enfermedades de transmisión sexual (ETS).	Decreto 1543	Ministerio de la Protección Social de Colombia
2000	2	25	Guía de atención en VIH/SIDA	Resolución 00412 de 2000	Ministerio de Salud de Colombia
2000	2	25	Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio	Resolución 412 DE 2000	Ministerio de Salud de Colombia

			cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.		
2002	12	31	Por el cual se establece la política de atención integral de patologías de alto costo, para los regímenes contributivo y subsidiado del SGSSS.	Acuerdo 245 de 2002	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud de Colombia.
2003	10	22	Por el cual se modifica el artículo 3 del Acuerdo 245 y se determina un nuevo plazo.	Acuerdo 248	Ministerio de Protección Social de Colombia
2003	10	22	Por la cual se define el mecanismo de distribución excepcional de pacientes con VIH -SIDA e Insuficiencia Renal Crónica en el Régimen Contributivo en desarrollo del artículo 3 del Acuerdo 245 del Consejo de Seguridad Social en Salud.	Resolución 3186	Ministerio de la Protección Social de Colombia

2005	7	15	Se adoptan normas para mejorar la atención por parte del estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/SIDA.	Ley 972	República de Colombia
------	---	----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------	-----------------------

4. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

40 usuarios de la fundación RASA entre hombres y mujeres de 18 a 45 años diagnosticados con VIH/SIDA

La población objeto del presente trabajo de intervención cuenta con la participación de cuarenta (40) usuarios de la fundación RASA, entre hombres y mujeres con un rango de edad comprendido entre 18 a 45 años diagnosticados con VIH/SIDA, de los cuales la mayoría hacen parte desde hace cuatro años, lo cual nos permitiría realizar con estos una mayor identificación del estigma y discriminación del cual han sido parte.

Es necesario que durante la delimitación de la población se tengan en cuenta los diferentes ámbitos los cuales para este trabajo jugarían un papel como población indirecta del problema a trabajar y los cuales serán: familiar, laboral, estados civiles y educativos; dado que dicho diagnóstico es una problemática que no se presenta en un solo conglomerado de la población, si no, por el contrario suele afectar a cualquier contexto, lo que hace difícil la limitación de características estandarizadas de este grupo de personas; pues la realidad de VIH/SIDA no hace diferenciación en lo que a crecimiento de índice de incidencia y prevalencia de la infección se refiere, ya que a cualquier grupo población puede afectar.

Cabe señalar que en nuestros tiempos dicha enfermedad no solo puede ser transmitida por sostener relaciones sexuales sin protección, si no que existen otras formas de contagio como son: Compartir agujas, jeringas, transfusiones sanguíneas, los compañeros sexuales de personas que participan en actividades de alto riesgo (como el uso de drogas inyectables o el sexo anal) y por medio de la infección vertical de madre a hijo.

Dada esta realidad, se hace necesario realizar una delimitación por rango de edades de los participantes de la intervención, con la finalidad de identificar las características y problemáticas de dichas poblaciones según su etapa de desarrollo y con esta, contextualizar el marco metodológico según las técnicas empleadas para el trabajo, de ahí que se divida en tres rangos de edad de la siguiente manera: 18 a 28 años que conformarían a la población juvenil, 29 a 35 años serían adultos jóvenes y de 36 a 45 años adultos, al igual, que esto permitirá situarlos en sus respectivas etapas de evolución y las características del mismo.

Es de relevancia aclarar, que no se podría hablar de una influencia entre el rango de edad con el nivel socioeconómico porque se entraría a generar discriminación con dicha población, y es precisamente lo que se pretende disminuir en el presente trabajo, pero sí, es necesario afirmar que identificando el rango socioeconómico por separado el abordaje del estigma y la discriminación sería diferente, dado que esto podría influir en la forma en cómo estos perciben su realidad, teniendo en cuenta de que se trabajara con los estratos del 1 al 6, con predominancia del estrato 1 al 3.

Visto de esta manera y debido a la carga social de lo que significa tener el diagnóstico seropositivo surgen diferentes cuestionamientos frente a esta población ¿cómo se ve afectada su estilo y su proyecto de vida? ¿Cómo es la reacción o el apoyo de sus familias?

Tratar de dar respuesta a este tipo de preguntas es compleja pues cada una tiene su propia particularidad, comenzando desde el mismo sujeto que presenta el

diagnostico dado que la mayoría, toman como su propia elección, el no informar a sus familias sobre la enfermedad hasta un momento determinado, conllevándolos a que cambien o tomen la decisión de vivir ellos mismos este tipo de enfermedad de una manera silenciosa o incluso vista para algunos como “valiente” o “cobardes”, generando ellos mismos prejuicio y discriminación hacia su propia enfermedad.

En la misma línea se subraya la importancia de generar un espacio en el cual se permita la re significación de lo generado a raíz del diagnóstico por VIH/SIDA, que les permita continuar trabajando por su proyecto de vida de una forma segura y realizando una mayor aceptación de su enfermedad que no significa que sea mortal si no crónica, y posteriormente que sean ellos los que lleven a cabo la implementación de la metodología en futuros grupos de la fundación RASA que presenten la misma problemática.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los usuarios de la fundación RASA, son víctimas de discriminación, marginación y exclusión a causa del diagnóstico por VIH/SIDA.

La infección por VIH/SIDA fuera de ser una patología en el plano de la biología y del interés de la esfera de la medicina y que pone en centro el cuerpo como objeto de interés; por sus orígenes e historicidad se ha erigido también como enfermedad social que pone al sujeto en la mira evaluadora de la moral de una sociedad acostumbrada a depositar en las minorías cargas personales que les es intolerable aceptar de sí mismo.

Ayer fue la lepra, la sífilis y la tuberculosis que se convertían y se leían como manifestación física de un pecado espiritual o consecuencia de un vicio recurrente; hoy indudablemente es el VIH/SIDA que pone en la esfera de lo público,

disyuntivas problematizadoras que ponen a conversar la ciencia y la moral, las costumbres y los avances que en muchos de los casos luchando una con la otra parecieran realidades imposibles de conciliar, porque mientras para un sector prevalece el bienestar del individuo como sujeto de derechos, para el otro prevalece “salvar el alma a costa del sufrimiento humano”.

Históricamente el estigma ha sido relacionado directamente con marcas físicas hechas con fuego o con instrumentos cortantes a las personas que se consideraban inferiores, extrañas o fuera de lo común. En la actualidad las marcas físicas no existen, pero prevalecen sus vestigios vinculados a diferentes grupos étnicos, raza, sexo, creencias religiosas, edad, enfermedades, entre otros, en las que interfieren variables culturales que ponen de presente nuevos estigmas y otros van desapareciendo como parte de un círculo que promueve las actitudes discriminatorias acentuando el estigma.

Dentro de este contexto el estigma relacionado con el VIH/SIDA, se basa primordialmente en concepciones negativas que enlazan a las personas seropositivas con la homosexualidad y/o la promiscuidad; generalizando y señalando en la mayoría de los casos a los hombres infectados como homosexuales, bisexuales o clientes de trabajadoras sexuales y en el caso de las mujeres como promiscuas o profesionales del sexo, lo que hace de esta patología la más estigmatizada del presente siglo, poniéndolo como:

Fenómeno multiestratificado que tiende a aprovechar y reforzar connotaciones negativas por medio de la asociación del VIH y el SIDA con comportamientos ya de por sí marginados, también refuerza los miedos de los excluidos y otros grupos vulnerables, como reclusos y migrantes. Se considera a menudo que las personas que viven con el VIH se merecen su estado VIH-positivo porque han hecho algo malo (ONUSIDA, 2005, p. 4).

La infección por el VIH es muy difícil desligar los aspectos médicos de los aspectos sociales. Sin embargo, mientras en el ámbito médico se han producido en los últimos años grandes avances que han aumentado mucho la esperanza y la calidad de vida de las personas que viven con VIH/SIDA, estos avances no han reflejado una disminución del rechazo social que suscita la infección. (Fuster, 2010)

Por otra parte ONUSIDA en el afán de trabajar por los derechos humanos y en concreto en los derechos sexuales y reproductivos y citado en jornadas de trabajo del gobierno Español, señala que desde el comienzo de la epidemia de SIDA, el estigma y la discriminación ha dado impulso a la transmisión del VIH y han aumentado en gran medida el impacto asociado a la epidemia. El estigma y la discriminación relacionados con el VIH-Sida continúan manifestándose en todos los países y regiones del mundo, creando obstáculos importantes que impiden prevenir nuevas infecciones, aliviar el impacto de la enfermedad y proporcionar asistencia, tratamiento y apoyo adecuados (ONUSIDA, 2005).

La problemática del prejuicio, el estigma y la discriminación a las personas que viven con VIH/SIDA es una conversación silenciosa y una discusión timorata que pareciera un problema puesto en la mesa, conocido y concienciado por la ciudadanía pero apocado por el temor que surge de la de la confrontación personal ante un tema tan velado como es lo relativo a la sexualidad que en términos concretos no ha posibilitado una discusión abierta tanto de sus causas como de posibles respuestas apropiadas.

El abordaje al VIH/SIDA La visibilidad y apertura respecto al VIH son requisitos previos para una movilización eficaz de gobiernos, comunidades y personas con el fin de responder a la epidemia. El ocultamiento del problema fomenta la negación de que éste existe y retrasa una acción urgente. También hace que se perciba a

las personas que viven con el VIH-Sida como un “problema”, no como una parte de la solución para contener y afrontar la epidemia.

El estigma vinculado al VIH-Sida se apunala en múltiples factores, incluidos el desconocimiento de la enfermedad, los conceptos erróneos sobre cómo se transmite el VIH, la falta de acceso a tratamiento, las noticias irresponsables sobre la epidemia por parte de los medios de comunicación, la imposibilidad de curar el SIDA, y los prejuicios y temores relacionados con diversas cuestiones socialmente delicadas, como la sexualidad, la enfermedad y la muerte, y el consumo de drogas.

El estigma puede conducir a la discriminación y a otras violaciones de los derechos humanos que afectan fundamentalmente al bienestar de las personas que viven con el VIH. En países de todo el mundo hay casos documentados de personas con el VIH a las que se niegan, entre otros, los derechos a recibir atención de salud, al trabajo, la educación y la libertad de movimiento.

El consenso mundial sobre la importancia de afrontar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH-Sida queda patente en la Declaración de compromiso, adoptada en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA en junio de 2001. En la Declaración se señala que la lucha contra el estigma y la discriminación es un requisito previo para una prevención y asistencia eficaz, y reafirma que la discriminación de una persona por razón de su estado serológico del VIH es una violación de los derechos humanos. La discriminación relacionada con el VIH-Sida no sólo debe considerarse una violación de los derechos humanos, sino que también es necesario abordarla junto con el estigma para alcanzar metas en salud pública y hacer retroceder la epidemia. Las personas que viven con el VIH y con el Sida deberían ser capaces de vivir abiertamente y experimentar el apoyo, la tolerancia y la solidaridad de sus comunidades (ONUSIDA, 2005).

6. JUSTIFICACION

El Ministerio de la Protección Social estableció dentro de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 2003 los lineamientos frente a la reducción sobre la transmisión de ITS y en concreto a la infección por VIH-SIDA. El Decreto 3039 de 2007 dentro de las Líneas de política número 2 y 3, "Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud", indica que se deben "Desarrollar estrategias de identificación de poblaciones vulnerables y de inducción de la demanda hacia los servicios de tamizaje, detección y tratamiento de los riesgos y daños en salud sexual y reproductiva" no solo en términos biológicos sino también en el tema de reducir el estigma y la discriminación a las personas que viven con VIH/SIDA.

Otro de los aspectos a considerar es el hecho de que aunque no se desconoce que por las características relacionadas a sus condiciones sociales, laborales o económicas, identidad sexual y/o de género; algunos grupos poblacionales son más vulnerables a la adquisición de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y de VIH y con esto convertirse en personas doblemente vulnerables, es pues importante que en el tema de la salud sexual y reproductiva, las acciones de promoción y de prevención lleguen a la sociedad en general.

Algunos de los factores que influyen para que ciertas poblaciones sean consideradas vulnerables en concreto los hombres y mujeres con VIH/SIDA, son los fenómenos de discriminación, intolerancia, estigma y la dificultad para acceder a procesos de información y comunicación efectivos en materia de sexualidad y de derechos, lo que conlleva a la expansión de datos errados, creencias y mitos; al manejo y mantenimiento de falsos estereotipos y a barreras de acceso a los servicios de salud, dificultando la adopción de actitudes y prácticas responsables y seguras que permitan no sólo vivir una sexualidad plena,

sino disfrutar de los beneficios que implica el reconocerse como ciudadanos y ciudadanas.

Pero el VIH/SIDA y el efecto que este tiene en términos del prejuicio, el estigma y discriminación; al ser no solo un problema de salud pública sino también de lo humano, toma relevancia abordarlo cómo problema social, interviniéndolo desde lo Psicosocial en razón de su complejidad, no siendo con esto suficiente el abordaje desde una sola perspectiva o disciplina ya que se hace necesario comprender su magnitud y significación para el ser humano inscrito en una cultura.

Es por eso de suma importancia académica, social y cultural intervenir el estigma y la discriminación que se deriva del VIH/SIDA porque el contexto de la interacción humana, la presencia, real o imaginaria, de un atributo estigmatizante, independientemente de su naturaleza específica, transmite mensajes que determinan las relaciones entre los interlocutores, constituyendo sus identidades e imponiendo conductas específicas en cada situación dada, tanto en el caso de personas “normales” que entran en contacto con este atributo, como en el de sus protagonistas (Miric, 2004).

7. OBJETIVOS

Resignificar a partir de la intervención psicosocial, la experiencia de estigma y discriminación de hombres y mujeres de 18 a 45 años diagnosticados con VIH/SIDA, que participan del grupo de la fundación RASA (Red de Apoyo Social de Antioquia)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fortalecer la autoestima de los integrantes de la fundación RASA, diagnosticados con VIH/SIDA por medio de la sensibilización y formación y el empoderamiento con temas básicos de promoción humana y formación ciudadana.
- Empoderar a los usuarios de la fundación RASA en el conocimiento de derechos humanos, desarrollo humano, VIH/SIDA, promoción y prevención del estigma y discriminación ante el diagnóstico por VIH/SIDA por medio de estrategias Psicosociales de trabajo en grupo.
- Fomentar en los participantes del trabajo de intervención estrategias que le permitan ser facilitadores frente a los mecanismos de re significación de estigma y discriminación por el diagnóstico de VIH/SIDA por medio del empoderamiento ciudadano y acciones de veeduría frente a la familia, la sociedad y el estado.

8.1 PERSPECTIVAS TEÓRICAS

8.1.1 REPRESENTACIONES SOCIALES

Una de las teorías clásicas que desde su génesis ha suscitado más polémica en la Psicología Social, es la teoría de las representaciones sociales cuyos antecedentes se encuentran anclados en la tradicional Psicología Francesa, con el trabajo intelectual de Serge Moscovici “El Psicoanálisis, su imagen y su público” libro que propuso el concepto en 1961, direccionando la teoría a las personas preocupadas por entender la naturaleza del pensamiento social (Moscovici, 1979).

El autor sostenía que en el mundo de la vida cotidiana, las personas comunican sus pensamientos, sus sentimientos, sus conocimientos, y sus experiencias a

través de las representaciones sociales, de ahí que sostenga que lo social de una representación radica en una función y no solo saber por quién es producido (Moscovici, 1979).

A la luz de este relevante teórico las representaciones sociales se constituyen en la diferencia existente al interior de una sociedad, en relación con un objeto social. Ellas nacen del debate, del desacuerdo entre grupos nacidos en un mismo contexto social en función a la experiencia que ellos tienen de un objeto de representación. En este sentido las representaciones sociales están íntimamente relacionadas con la experiencia (social), con las prácticas sociales, en tanto que ellas influyen y orientan las acciones. Ellas definen la particularidad de un grupo (Moscovici, 1979).

Al respecto conviene decir, que las representaciones sociales juegan un papel fundamental en la dinámica social, en las prácticas sociales particularizando sus funciones brindando herramientas que trascienden el marco cultural y las estructuras sociales, permitiendo aclarar un panorama cargado de realidades circundantes, alrededor de la comunicación y el pensamiento social; generando movimiento en torno a lo que las personas piensan y organizan en el diario vivir, que no es otra cosa, que el sentido común como formas de construir conocimiento social, porque ha sido socialmente elaborado impregnando el actuar, el razonar, el percibir en una mezcla de contenidos cognitivos, afectivos y simbólicos, cuya función no solo está direccionada a asuntos conductuales, sino además en las distintas formas de organización y comunicación entre los grupos sociales, que se desarrollan conjugando estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa. Estos se constituyen, a su vez, como sistemas de códigos incrustados, en la llamada conciencia colectiva posibilitando el actuar en el mundo de hombres y mujeres.

El abordaje de las representaciones sociales, en la presente propuesta de intervención despliega factores culturales y sociales y sus variables en torno a la

enfermedad, frente a las connotaciones simbólicas y a las significaciones culturalmente elaboradas sobre la sexualidad, la vida y la muerte conjugando la sangre, los fluidos corporales altamente significativos desde la temática que convoca la intervención.

Por otro lado está la no certeza de un origen puntual del VIH como enfermedad, no haberse establecido una cura definitiva o la prevención segura; lo que hace que las personas y contextos relacionados con la enfermedad sean señalados, discriminados y estigmatizados transformando esta patología en una pandemia de señalamiento social.

8.2. PERSPECTIVAS CONCEPTUALES

8.2.1 VIH/SIDA

Siempre se ha planteado la infección por el VIH como una patología que ha afectado ya a millones de personas en todo el mundo, y que por consiguiente se muestra como una amenaza a la salud y la vida de muchas otras más. Pero es un reto pensar el fenómeno de la infección como un problema Social, como algo que trasciende más allá de la sigla médica y toma visos de moral, escándalo y rechazo, rompiendo las estructuras individuales de las personas que viven con el virus, generando con esto un problema no solo individual sino comunitario, para lo que resulta indispensable abordar el tema desde una perspectiva psicosocial.

El VIH/SIDA abordado bajo la perspectiva de salud enfermedad será entendido desde una visión que recoja su carácter complejo, conjugándose varias realidades de lo humano, es así que la salud y la enfermedad con relación a esta patología constituye procesos vitales que involucran a un ser humano de naturaleza eminentemente social, de ahí que es fundamental tener como plataforma el aporte de Carmona, Rozo y Mogollón (2005), quienes identifican las bases sobre las que se erigen la concepción de salud y enfermedad y que serán utilizados para la

intervención, identificando que el VIH como fenómenos social que se circunscribe bajo el paradigma de salud y enfermedad como expresión de determinantes complejos que influyen a lo largo de su vida; que forman proceso dinámicos de actualización de necesidades y posibilidades de desarrollo.

En el VIH/ SIDA como tema de salud y enfermedad, se tejen en tiempos específicos según los valores de un grupo social, teniendo con esto un carácter histórico, la influencia del ambiente sobre el individuo que va más allá de la acción de agentes discretos, para ahondarlos más bien como procesos colectivos y sociales y su desarrollo a lo largo de la historia, asumiendo que lo biológico se condiciona por lo social, reconociendo la importancia de las percepciones, representaciones, conceptos del individuo sobre su cuerpo , en tanto formas validas de conocimiento.

8.2.2 INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

A la hora de hablar sobre intervención psicosocial es primordial tener en cuenta su concepto para el cual nos permitimos retomar el proporcionado por Kelly, (1977, p. 327) en donde expresa que la intervención psicosocial son “Acciones planificadas en la vida de un grupo pequeño, organización o comunidad para prevenir o reducir la desorganización social y personal, y promover el bienestar de la comunidad”. (Valera, 1977)

Es ahí la importancia de que cuando vamos a trabajar con una comunidad o grupo primero debemos de conocer cuál es su dinámica o necesidad de este grupo específico, para poder determinar las acciones a trabajar o prevenir, en su momento indicado, puesto como afirmo en su momento Amalio Blanco (2007) es de esta manera poder cambiar procesos internos, cambiar el medio o cambiar las maneras cómo las personas se relacionan entre ellos; intervenir es ayudar a que la gente participe en el cambio; es hacer que la gente retome el control sobre su propia vida.

Es importante retomar la importancia de tener en cuenta al ser humano como un ser íntegro que comprende sus diferentes áreas y de las cuales no se puede pretender trabajar desde sus particularidades, por lo que hay que ir más allá de lo superficial, de lo cuantitativo y cualitativo, si no que requiere entonces trascender a una comprensión integral, articulada, dinámica, que permita mirar al ser humano desde su concepción holística, en miras de una adecuada intervención que facilite el desarrollo del potencial humano.

8.2.3 ESTIGMA

El estigma ha sido descrito como un proceso dinámico de devaluación que desacredita significativamente a una persona frente a los ojos de otra. Ligándose esta acción al poder y dominación a través de la sociedad en su conjunto, creando y reforzando inequidades, donde algunos grupos se sienten superiores y devalúan a otros. El estigma está profundamente enraizado, operando con los valores de la vida diaria.

Relacionando este al VIH, el estigma está mezclado con el que ya existe en diferentes culturas, no sólo porque grupos ya estigmatizados lo siguen siendo por su asociación con el VIH, sino porque además se presume o se cree que se pertenece a dichos grupos marginados por el sólo hecho de ser una persona viviendo con VIH/SIDA. Además refuerza inequidades sociales, particularmente aquellas ligadas al género, situación económica y social, raza, etnia y sexualidad.

Este concepto se presenta en la intervención como una postura social frente al VIH/SIDA para lo que es iluminador comprender lo que Goffman (1968) plantea, desarrollando una de las principales teorías sociales sobre la relación entre estigma y salud. Este autor define el estigma como “la identificación que un grupo social crea sobre una persona, o grupo de personas, a partir de algún rasgo físico, conductual o social que se percibe como divergente del grupo” (p. 47).

Por otro lado Link y Phelan (2001) por su parte, desarrollaron el estudio del *estigma* como proceso social, planteando que primero, las personas distinguen y etiquetan las diferencias humanas. Seguidamente, basados en las creencias de la cultura dominante, las personas etiquetadas son ligadas a estereotipos negativos o características indeseables. Luego, se crean categorías diferentes para lograr una separación entre “ellos” y “nosotros”. Finalmente, las personas etiquetadas experimentan una pérdida de estatus social y pueden ser receptores de actos de discriminación.

Como condición para el proceso de estigmatización, el grupo estigmatizador tiene que estar en una situación de mayor poder que el grupo estigmatizado. Así, el estigma como elemento devaluador está estrechamente relacionado a conceptos como estereotipo, prejuicio y discriminación, a partir de criterios de normalidad consensuados socialmente.

8.2.4 DISCRIMINACIÓN

La discriminación, por su parte, es el componente comportamental del prejuicio, y por lo tanto, su manifestación es externa. Los científicos sociales han conceptualizado la discriminación tradicionalmente como el tratamiento desigual desfavorecedor a un sujeto o grupo, como consecuencia del prejuicio. Otros autores acentúan la importancia de la discriminación llegando a afirmar que el prejuicio sólo será relevante cuando desemboque en discriminación (Yinger, 1982).

En la expresión de la discriminación influyen gran cantidad de variables, de manera que según éstas el comportamiento discriminatorio se manifestará en mayor o menor grado. Entre las variables que pueden facilitar esta expresión de la discriminación, es necesario destacar la existencia de las situaciones competitivas y de conflicto, y sobre todo de aquellas donde los grupos implicados poseen un status desigual. En este contexto, la discriminación aparece como la solución de la cuestión de poder (Jaden 1982).

En este caso en particular queremos enfocarnos en la discriminación contra las personas que viven o se sospecha que viven con el VIH/SIDA también se hace extensiva a todos los miembros de aquellos grupos que, desde la óptica pública, guardan una relación con el VIH/SIDA.

Esos grupos incluyen a las personas que tienen relaciones sexuales con otras del mismo sexo, los profesionales del sexo los consumidores de drogas intravenosas, los hemofílicos y los familiares y allegados de personas con el VIH/SIDA. Reducir la discriminación contra esos grupos en su conjunto es una medida importante de salud pública porque permite crear un entorno propicio que fomente la responsabilidad personal y los comportamientos protectores. También es importante, por supuesto, para la dignidad, el desarrollo y el bienestar de las personas implicadas (ONUSIDA, 2001).

8.2.5 RESIGNIFICACIÓN

Para hablar de la Resignificación se hace necesario entrelazarla con la historia del pasado para lograr vislumbrar y recontextualizar el asunto tan relevante de sus elementos discursivos un tanto olvidados desde la posmodernidad, sus pretensiones alrededor de traducir o recrear, volver a interpretar y construir el hecho, para ser confrontado intersubjetivamente; produciéndose desde esta alquimia, un renacimiento del hecho histórico, para traer al presente, viejas polémicas o conflictos del pasado, para una reinterpretación que permite re/elaborar diferentes procesos en el ser humano. “La Resignificación (RSG) como noción y como propósito está siendo empleada en múltiples contextos de forma permanente para definir propósitos de intervenciones profesionales, así como procesos psicológicos, sociales o psicosociales” (Valencia, 2013, p.).

Comprender el proceso de la Resignificación (RSG) es una tarea que no se puede postergar dada su relevancia que esboza, como herencia del empleo, de la noción en diferentes procesos de intervención social.

Promover el cambio a través de la Resignificación (RSG) guarda relación con una amplia variedad de asuntos de interés, como pueden ser la transformación sostenida de condiciones y relaciones de violencia, los usos y orientaciones de la memoria colectiva en procesos de reconciliación y justicia transicional, la conservación del patrimonio como estrategia protectora de la tradición de grupos y comunidades, el seguimiento de comportamientos proteccionistas ante enfermedades transmisibles, (como en este caso re significación de estigma y discriminación en personas con diagnóstico de VIH/SIDA) o la modificación de hábitos en relación con el uso del espacio urbano, por sólo citar algunos casos (Valencia, 2013, p.).

El asunto expuesto con antelación, convoca a analizar a partir de la noción, los procesos de cambio que se suscitan en torno a la resignificación (RSG) cuyos indicadores parecen atender la incidencia que tiene en situaciones específicas, motivo por el cual, la ocupación frente a los contenidos de su discurso se tornan insuficientes dada la derivación, orientada, a la transformación de realidades cambiantes de personas, grupos y comunidades, inclusive sin que se haya hecho intervención alguna.

Por este motivo sería un error considerar que la RSG se trata de un logro único de la intervención social, en donde la acción profesional funciona como *catalizador* de determinados procesos. Los investigadores emplean la noción de RSG para describir una transformación en las relaciones humanas (Valencia, 2013, p.).

Desde este tópico cabe señalar, que esta resignificación provista de cambio, transformación e innovación aparece sobre situaciones existentes,

Pero tales condiciones no son permanentes ni han estado siempre en la historia de los actores sociales, de las comunidades, de los pueblos. Son situaciones que se han instalado en un momento particular en el que adquirieron sentido y utilidad. Rastrear el origen de los cambios y los significados asociados es una tarea de la cual se concluyen hibridaciones constantes, mutaciones permanentes y movimientos continuos por efecto de las interacciones (Valencia, 2013, p.).

8.2.6 ESTEREOTIPO

Los seres humanos desde que nacen a través de la familia, la escuela, los medios de comunicación y la sociedad en general introyectan estereotipos, que de una u otra forma propician la vulnerabilidad hacia enfermedad del VIH, dado que en todo su proceso de maduración y desarrollo de los niños y niñas, se les refuerzan los estereotipos sexistas; puesto que ya desde antes de su nacimiento se está realizando los preparativos diferenciados en si es hombre o es mujer, entonces si es hombre su vestuario es de un color y si es mujer es de otro, así mismo los juguetes para las niñas tendrán unas características muy diferentes que las de los niños, las acciones recreativas para las niñas serán orientadas a actividades relacionadas con el hogar, la cocina, la peluquería y por otro lado los niños realizaran su recreación con roles y juguetes diferentes a los de las niñas como son camiones, pistolas, etc.

La expresión de los sentimientos del mismo modo deberá ser distinta; entonces el hombre debe reprimir aspectos como “los hombres no lloran” las mujeres deben ser cariñosas, tiernas, y serán buenas esposas, el hombre será el proveedor del hogar, es el fuerte y el rudo, de esta forma se hace una diferenciación de los roles, que cada sexo debe desempeñar en los diferentes ámbitos.

Los estereotipos son el conjunto de creencias mantenidas por un individuo en relación con un grupo social, son constructos cognitivos que hacen referencia a

los atributos personales de un grupo social y en que, aunque éstos sean más frecuentemente rasgos de personalidad, no son, desde luego, los únicos. Hay tres principios para investigar los estereotipos: 1) son creencias compartidas sobre un grupo, 2) son una ayuda para explicar la realidad social y 3) son un mecanismo de ahorro de energía (Ashmore y Boca, 1981).

Las definiciones de estereotipo se pueden agrupar teniendo en cuenta dos dimensiones:

1) Dimensión erróneo-normal: tiene que ver con que se considere o no al estereotipo una forma errónea o inferior de pensamiento, por alguno de los siguiente motivos: Porque no coinciden con la realidad, porque obedecen a una motivación defensiva, por tener un carácter de sobregeneralización y porque son rígidos o están vinculados al etnocentrismo (sobreevaluación del propio grupo y rechazo u hostilidad hacia exogrupos).

2) Dimensión individual-social: tiene que ver con que se incluya el acuerdo o consenso social en su definición o se limite a considerar que son creencias que sostienen los individuos. Los estereotipos como generalizaciones difundidas y compartidas sobre los miembros de un grupo social que se convierten en imágenes simplificadas y a menudo peyorativas cuando se aplican a ex grupos, se suelen basar u originar en diferencias claramente visibles entre grupos por ejemplo en términos de aspecto físico (Miller, citado en Suría, 2010).

Por lo tanto casi toda la socialización está basada en estereotipos sexistas que pueden de una u otra forma generar vulnerabilidad del VIH, en algunos casos el hombre machista es quien decide el uso del preservativo, y es quien presiona a la mujer a tener sexo sin utilizar condón, dado que pueden pensar que por ser hombres no pueden ser infectados, de igual forma algunas mujeres estereotipadas creen depender del hombre hasta en lo económico, y en algunos casos hay

mujeres que para su manutención realizan prácticas sexuales de alto riesgo quienes pueden ser infectadas.

8.2.7 PREJUICIO

El prejuicio a través de la historia de la humanidad ha sido un problema gigante que enfrentan los grupos de personas que son perjudicados por otros grupos, como es el caso de la comunidad infectada de VIH, convirtiéndose en un problema aterrador que genera deshumanización en las personas infectadas, dado que a partir de allí se genera una discriminación, marginación y exclusión social, puesto que afecta a personas de todos los ámbitos tanto al familiar, escolar y laboral, ya que este tipo de prejuicio no excluye a ningún espacio geográfico, convirtiendo esta enfermedad en una enfermedad social, propiciando otras enfermedades como la depresión, y en otros casos la muerte.

De igual forma generan desventajas y fracasos en estas personas puesto que la sociedad les inhibe para realizar sus proyectos de vida, puesto que en algunos casos se les excluye de una educación adecuada, la salud y la actividad laboral, y a partir del prejuicio esta comunidad se vuelve apática, y se desmotiva para el desarrollo y progreso de su enfermedad exacerbándola, dado que son presos de sentimientos de minusvalía, subvaloración y hasta en algunos casos deciden ocultarse y vivir muertos para la sociedad. Este prejuicio se ha equiparado en algunos contextos como actitudes intolerantes y agresivas.

La sociedad ha inclinado el prejuicio hacia la comunidad Gay, tildándolas como personas promiscuas, sucias y sinónimo de poseedoras de VIH, practicando con estas personas actitudes ofensivas, crueles, y diferentes tipos de violencia; reafirmado la marcada discriminación con este grupo de personas.

A pesar de que farmacológicamente la ciencia ha avanzado con tratamientos para mitigar esta enfermedad, y se ha dado a conocer específicamente las formas de como se infecta, además de las prácticas sexuales entre homosexuales, y de igual

forma los medios de comunicación y el estado ha propiciados planes, programas y proyectos, para dar a conocer masivamente como se tramite realmente esta enfermedad, explicitando de esta forma que el VIH no es propio de persona homosexuales, sin embargo la sociedad asocia esta enfermedad a este grupo de personas .

9. METODOLOGIA

9.1 FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA



Para el presente trabajo de intervención psicosocial se proponen varias etapas y estrategias, que se encuentran compuestas de la siguiente manera: la primera fase hace referencia a la conformación de un grupo de 40 usuarios de la fundación RASA, que han sido diagnosticados con VIH/SIDA, y tiene una edad comprendida entre los 18 y 46 años, de todas las clases socio-económicas y los cuales han sido víctimas de estigma y discriminación a raíz de su diagnóstico.

Después de la conformación del grupo de participantes, se buscará el fortalecimiento de su autoestima como eje fundamental de nuestro primer objetivo frente a la re-significación del estigma y discriminación por VIH/SIDA, lo cual se logrará mediante la expresión de sus historias de vida que permitan la sensibilización y re significación de estereotipos, estigma y discriminación por el diagnóstico de VIH/SIDA.

Teniendo como base estas estrategias se fomentará el empoderamiento en temas básicos de promoción humana y formación ciudadana, lo cual a su vez nos permitirá ir encaminándonos a la segunda fase del proyecto y cumplimiento del segundo objetivo. Para el desarrollo de esta primera fase del proyecto se requiere:

- Convocar y motivar a los usuarios de la fundación RASA, los cuales cuenten con el diagnóstico de VIH/SIDA
- Presentación de la propuesta a los diferentes participantes
- Realización de grupos focales para la identificación y expresión de historias previas de vida
- Realización de campañas de sensibilización en temas de promoción y prevención frente al VIH/SIDA
- Realización de campañas entorno al fortalecimiento de la autoestima de personas diagnosticadas con VIH/SIDA.

Ya teniendo como base, la conformación y el reconocimiento de historias previas de vida como camino a la resignificación del estigma y discriminación por el diagnóstico del VIH/SIDA; se tendrá la oportunidad de pasar a un segundo momento que permitirá empoderar a los usuarios de la fundación RASA en conocimientos fundamentales de derechos humanos, desarrollo humano,

VIH/SIDA, promoción y prevención del estigma y discriminación por el diagnóstico del VIH/SIDA, lo cual estará enmarcado por la implementación de las diferentes estrategias psicosociales que apliquen al presente proyecto. Mediante estas capacitaciones se estará aportando los conocimientos y las capacidades necesarias para la misma y aplicándolos al sector a intervenir.

Para esta segunda fase se implementaran estrategias como el empoderamiento de los participantes en estrategias psicosociales de trabajo en grupo, lo que permitirá la cohesión grupal que conducirá a la formación de los participantes en temáticas relacionadas con el desarrollo humano, derechos humanos, promoción y prevención del estigma y discriminación en VIH/SIDA. Para el logro de este objetivo se propone:

- Desarrollo de talleres reflexivos alrededor del trabajo en grupo favoreciendo la cohesión grupal
- Conformación de una mesa de trabajo que permita llegar a acuerdos fundamentales sobre el trabajo en grupo
- Realización de cuatro cines foros en temas relacionados a derechos humanos
- Realización de un seminario sobre conceptos básicos de VIH/SIDA, ITS y otras ETS
- Actividades basadas en estrategias psicosociales como “sentimientos de colores” y “dinámica de autocuidado del cuerpo como territorio”, lo cual permitirá profundizar en el tema de estigma y discriminación.

Un tercer aspecto que busca alcanzar este proyecto de intervención es la multiplicación de las temáticas abordadas y empoderadas por parte de los

usuarios de la Fundación RASA, en próximos participantes que ingresen a dicha institución.

Esta estrategia es fundamental en el proyecto dado que es el mecanismo en cómo los participantes lograran dar a conocer y replicar lo aprendido en las dos fases anteriores y las cuales se convirtieron en un camino para la superación del estigma y discriminación frente al diagnóstico por VIH/SIDA y como ellos en esta fase serán los encargados de multiplicar dicha estrategia propuesta por “VIHINCULATE” ya que la propuesta parte de un proceso de reconocimiento de los actores comunitarios como sujetos de poder, con capacidad de autogestión y con responsabilidad social y política frente a la realidad que viven.

La estrategia busca promover la consolidación y multiplicación por parte de los participantes, los cuales fueron formados como facilitadores a través de estrategias psicosociales para la re significación de estigma y discriminación por el diagnóstico de VIH/SIDA, los que a su vez tienen conocimientos fundamentales en empoderamiento ciudadano y acciones de veeduría frente a la familia, la sociedad y el estado. Para el alcance de los objetivos planteados, se hace necesario:

- La conformación de una mesa de trabajo con 15 integrantes del grupo
- La conformación de un comité de ruta en acceso a los diferentes derechos con cinco personas del grupo
- La capacitación sobre el trabajo en red
- El diseño e implementación de un plan operativo, al igual que su respectivo seguimiento
- La generación de nodos que favorezcan mayor fortalecimientos de las temáticas

Es de resaltar que en esta última fase se busca la conformación de la mesa de líderes que serán los multiplicadores de los conceptos adquiridos en la etapa formativa o etapa dos; así mismo se procederá a la conformación del comité sobre ruta de acceso a los derechos, y por último la estructuración de la red de apoyo para los integrantes del proyecto a través de los ámbitos laboral, educativo, familiar y político.

A las acciones planteadas se suman los componentes técnicos y logísticos, compuestos por profesionales cualificados para la acción, entre ellos se encuentra un equipo de apoyo psicosocial interdisciplinar que apoyen los diversos frentes del proyecto de intervención y asesoría psicológica que se brindaría en las diferentes fases del proceso.

9.2 SISTEMA EVALUATIVO

La evaluación del proceso se hará de manera permanente en tres momentos, en donde tiene como objetivo acompañar el proceso para identificar los cambios generados por la intervención a partir del proyecto, realizando una comparación entre el estado inicial, el estado de desarrollo del plan operativo y la identificación de las ganancias adquirida en la ejecución del proceso. Es decir, se intentará por medio de la evaluación, conocer qué tanto el proyecto ha logrado cumplir sus objetivos.

La información arrojada por el momento evaluador se sistematizará con el fin de la toma de decisiones, como una actividad orientada a mejorar la eficacia del proceso de intervención en relación con sus fines, además promoverá mayor eficiencia en la asignación de recursos. En este sentido, cabe precisar que la propuesta de Vhinculate no ve la evaluación como un fin en sí mismo, más bien es un medio para optimizar la gestión del proyecto.

La evaluación del proceso de intervención comprende tres criterios El Antes, El Durante y El Después. De esta forma, debe haber un seguimiento a la planeación

previa rigurosa (ANTES), un desarrollo acorde con los propósitos del plan operativo y los objetivos del trabajo (DURANTE), y un seguimiento a las actividades posteriores a las acciones del plan operativo en las que se recogen, amplían y profundizan los aprendizajes promovidos y los impactos que las personas pudieron haber tenido (DESPUÉS).

9.3 PLAN OPERATIVO EL CUADRO

CUADRO DE OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS

Objetivos Proyecto	Estrategias	Acciones	Indicadores	Metas	Recursos
1. Fortalecer la autoestima de los integrantes de la fundación RASA, diagnosticados con VIH/SIDA por medio de la sensibilización y formación y el empoderamiento con temas básicos de promoción humana y formación ciudadana.	Promover la conformación de un grupo de 40 personas diagnosticadas con VIH/SIDA,	Convocatoria en la Fundación RASA de personas diagnosticadas con VIH/SIDA.	Porcentaje de miembros de la fundación RAZA convocados, sobre miembros de la fundación que participaron	80% por ciento de los miembros convocados y los cuales estarán vinculados en el proceso	1 Facilitador 1 Cofacilitador 30 afiches informativos 1 video vean Sonido 50 hojas impresas con formato para listados de asistencia 1 cronograma de trabajo 1 cámara fotográfica 50 lapiceros 5 mesas 55 sillas 50 formato de evaluación 50 refrigerios.
		Presentación de la propuesta a los participantes.	Número de personas participantes/ número de personas asistentes		
		Construcción del cronograma de trabajo.			
	Sensibilizar al grupo conformado a partir de la identificación de sus historias de vida, que permitan resignificar el	Grupo focal para la identificación de historias de vida.	Número de grupos focales planeados sobre número grupos focales realizados		

	estereotipos, estigma y discriminación frente al diagnóstico de VIH/SIDA				40 formato de evaluación 40 refrigerios 40 lapiceros 4 mesas 40 sillas.
		Realizar campaña de sensibilización en temas de promoción y prevención frente al VIH/SIDA	Numero de campañas planeadas sobre número de campañas realizadas.	Tres campañas de sensibilización en relación a la promoción y prevención del VIH/SIDA	1 Facilitador con conocimientos en promoción y prevención del VIH/SIDA 40 sillas 5 mesas 1 video vean 40 hojas de evaluación 1 hoja de control de asistencia 40 lápices 40 refrigerios
		Realizar campañas de sensibilización en torno a la autoestima del grupo focal participante diagnosticado con VIH/SIDA.	Número de talleres planeados sobre número de talleres realizados	Realizar tres campañas informativas en torno al estigma y la discriminación como mecanismo de sensibilización a la población en general.	1 facilitador 5 carteles de sensibilización 1 grabadora 1 video vean 1 hoja de control de asistencia 40 lápices 40 refrigerios 40 hojas de evaluación de actividad 10 cartillas informativas sobre estigma y discriminación

2. Empoderar a los usuarios de la fundación RASA en el conocimiento de derechos humanos, desarrollo humano, VIH/SIDA, promoción y prevención del estigma y discriminación ante el diagnóstico por VIH/SIDA por medio de estrategias Psicosociales de trabajo en grupo.	Empoderar a los participantes en estrategias psicosociales de trabajo de grupo.	Desarrollar talleres reflexivos alrededor del trabajo en grupo favoreciendo la cohesión grupal.	Talleres reflexivos planeados sobre talleres realizados	4 talleres reflexivos que favorecen la cohesión grupal	<p>1 Facilitador 1 Cofacilitador 1 carta impresa para la gestión de espacio 3 hojas impresas con formato para listados de asistencia 5 afiches de convocatoria impresos 1 cámara fotográfica 40 formatos de evaluación. Sonido 1 video bean, 20 cartulina 20 papel periódico, 40 marcadores</p> <p>2 cinta de enmascarar 40 lapiceros 5 mesas 40 sillas 40 Refrigerio.</p>
		Realizar charlas sobre conceptos claves de trabajo de grupo.	Número de charlas planeadas sobre número de charlas realizadas	Tres charlas explicativas sobre conceptos claves del trabajo en grupo	
		Consolidación de la mesa de trabajo sobre acuerdos grupales			
		Consolidación del grupo de 40 personas realizando una reunión semanal.	Número de personas convocadas/ número de personas vinculadas con		
	Formación de los 40 participantes del grupo focal en temas de derechos humanos, desarrollo humano,	Cine foro para el tema de derechos humanos.	Numero de cine foro planeados sobre cine foros realizado	Cuatro cines foros realizados en temas relacionados con derechos humanos	<p>1 Facilitador 1 Cofacilitador 1 carta impresa para la gestión de espacio 3 hojas impresas con formato para listados de asistencia 5 afiches de convocatoria impresos</p>

	VIH/SIDA, promoción, prevención, estigma y discriminación.				1 cámara fotográfica 40 formatos de evaluación. Sonido 1 video vean 40 sillas 40 Refrigerios.
		Actividad de sentimientos de colores en torno al tema de desarrollo humano en relación al VIH/SIDA.	Número de personas convocadas /número de personas capacitadas	Los usuarios participantes del programa contarán con mayor capacidad de identificar sus emociones	1 Facilitador 1 carta impresa para la gestión de espacio 3 hojas impresas con formato para listados de asistencia 1 cinta adhesiva 5 cajas de colores 10 block iris 45 papel periódico 35 marcadores 5 cinta de enmascarar 10 mesas 40 sillas 40 lapiceros 1 cámara fotográfica 40 formatos de evaluación. Sonido 40 Refrigerios.
		Seminario sobre conceptos básicos del VIH/SIDA y otras ITS-ETS.	Numero de seminarios programados sobre un seminario realizado	Un seminario realizado en conceptos básicos en VIH/SIDA, ITS y ETS	1 especialista en temas relacionados con VIH/SIDA, ETS y ITS 1 carta impresa para la gestión de espacio 10 hojas impresas con formato para listados de asistencia 20 afiches de convocatoria impresos

					<p>100 afiches impresos con la agenda del seminario 1 cámara fotográfica 100 formatos de evaluación. Sonido 1 video vean, 1 microfono 5 mesas para inscripción 5 cajas de lapiceros 100 sillas. 100 certificados de asistencia Coffee break</p>
		<p>Dinámica de autocuidado el cuerpo como territorio para trabajar la promoción y prevención, el estigma y la discriminación.</p>	<p>Numero de dinámicas planeadas sobre número de dinámicas realizadas.</p>	<p>Mediantes dos actividades de auto-cuidado los usuarios estarán capacitados en prevención del estigma y discriminación .</p>	<p>1 Facilitador 3 hojas impresas con formato para listados de asistencia 50 papel craft 40 marcadores 60 temperas de colores, 4 cinta de enmascarar 1 cámara fotográfica 40 formatos de evaluación. Sonido 1 video vean 40 lapiceros 10 mesas 40 sillas. 40 Refrigerio</p>

<p>3. Fomentar en los participantes del trabajo de intervención de estrategias que le permitan ser facilitadores frente a los mecanismos de re significación de estigma y discriminación por el diagnostico de VIH/SIDA por medio del empoderamiento ciudadano y acciones de veeduría frente a la familia, la sociedad y el estado.</p>	<p>Conformación de la mesa de líderes que servirán como multiplicadores de los conceptos adquiridos en la etapa formativa.</p>	<p>Selección de personal para la conformación de la mesa de trabajo.</p>	<p>Número de asistentes al programa sobre 15 personas seleccionadas para la mesa de trabajo.</p>	<p>Conformación de mesa de líderes con un total de 15 participantes</p>	<p>5 1 Facilitador 1 Cofacilitador 5 hojas impresas con formato para listados de asistencia 15 formatos para su respectiva hoja de vida 20 cartillas guías impresas las actas que sean necesarias acordes al proceso impresas 20 lapiceros 20 papel periódico 20 hojas block 20 marcadores 1 tablero 4 mesas 20 sillas 1 video band 20 refrigerio.</p>
	<p>Conformación del comité sobre ruta de acceso a los derechos.</p>	<p>Selección del personal para la conformación del comité de ruta de acceso a los derechos.</p>	<p>Número de personas asistentes sobre 5 personas elegidas para la conformación de la ruta</p>	<p>Conformación y consolidación del comité con 5 participantes</p>	<p>1 Facilitador 1 Cofacilitador 5 hojas impresas con formato para listados de asistencia, 10 cartillas guías impresas, las actas que sean necesarias durante el proceso 1 tablero 1 marcador borrable 2mesas 10 sillas, 1 video vean 10 refrigerios por reunión</p>

	Estructurar la red de apoyo para los integrantes del proyecto en los ámbitos laboral, educativo, familiar y político.	Capacitación en trabajo en red		Los usuarios del proyecto y los cuales fueron capacitados, contaran con la capacidad de trabajar en red	Equipos de trabajos conformados anteriormente, elaboración e impresión de cartas de invitación de instituciones claves para la creación de la red de apoyo y las zonas nodales. Impresión de formatos de evaluación final del proceso.
		Diseño del plan operativo		Aumentar la cobertura de estrategias de promoción y prevención y reducción de daños en la población.	
		Seguimiento al plan operativo		Aumentar la calidad y cantidad de servicios libres de estigma y discriminación .	
		Vinculación al comité intersectorial			
		Generación de nodos para la producción, intercambio y divulgación de conocimientos			

10. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

10.1 PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES CRONOGRAMA DE PLANEACIÓN Y DISEÑO

ACTIVIDAD	MES 1				MES 2				MES 3				MES 4				MES 5				MES 6				MES 7				MES 8							
	S1	S2	S3	S4																																
Asesorías Técnicas con el Profesor Cesar Jaramillo	■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■	
Asesoría Teórica Fundación RASA									■				■																							
Entregas de Avance de proyecto	■				■				■					■				■				■				■				■				■		
Entrega producto Final a evaluador																														■						
Presentación producto avance y Final a Comité Evaluador															■												■								■	

10.2 CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

CTIVIDAD	JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
PROCESO ADMINISTRATIVO																								
Conformación del equipo de trabajo	■	■																						
Capacitación del equipo de trabajo				■																				
Elaboración de plan operativo					■	■																		
Informe mensual								■				■			■				■					
Reunión semanal				■			■				■			■				■	■					
Informe final																						■	■	
Sistematización y análisis de resultados						■	■			■	■			■	■			■	■	■	■	■		
IMPLEMENTACION DE LA PROPUESTA																								
Socialización del proceso					■	■															■			
Proceso formativo – talleres, seminarios, cine foro					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Conformación de mesa de trabajo, mesa de líderes, comité de ruta de acceso a los derechos, creación de nodos zonales.													■	■				■	■					
EVALUACION DEL PROCESO																								

Reconocimiento del escenario por parte de los interventor0s (transporte)	14	2	15.000	210.000	210.000	
Alimentación	14		6.000	84.000	84.000	
			Sub Total	294.000	294.000	-
MATERIAL BBLIOGRÁFICO						
Guías de promoción y prevención	1		15.000	15.000	15.000	
Marco Jurídico del VIH/SIDA			5.000	5.000	5.000	
			Subtotal	20.000	20.000	
DESCRIPCIÓN DE EQUIPOS						
Computador	2		80.000	160.000	160.000	
Servicio de comunicaciones	30		300	9.000	9.800	
Memorias USB	1		18.000	18.000	18.000	
			Subtotal	187.000	187.000	
			TOTAL:	20.741.000	20.741.000	

11.2 Presupuesto de Ejecución

ÍTEM	Cantidad	Tiempo (meses)	Valor Parcial	Valor Total Externo
PERSONAL				
Profesional social	4	12	3.000.000	144.000.000
Auxiliar administrativo	1	12	1.500.000	18.000.000
Profesional en derechos humanos	1	2	2.500.000	5.000.000
Profesional experto en trabajo en red	1	4	2.500.000	10.000.000
			Sub Total	177.000.000
MATERIAL Y SUMINISTROS				
Afiches	200		1.500	300.000
Sticker con la imagen publicitara del proyecto.	1.000		600	600.000
Pasacalles	15		100.000	1.500.000
Refrigerios	2.000		5.000	10.000.000
Carpetas con logo del proyecto.	350		2.000	700.000
Libretas de notas con logo del proyecto.	350		2.500	875.000
Alquiler sillas	500		1.000	500.000
Papelería (resma papel, lapiceros, fotocopias, impresiones)	1	12	420.000	5.040.000
			Sub Total	19.515.000
SALIDAS DE CAMPO				
Convocatoria (carteles, impresión y entrega de oficios dirigidos al personal convocado, etc.)	1		120.000	120.000
Transporte (para 45 personas)	1		450.000	450.000
			Sub Total	570.000

MATERIAL BBLIOGRÁFICO				-
Guías de promoción y prevención	40		15.000	600.000
Marco Jurídico del VIH/SIDA	10		5.000	50.000
			Subtotal	650.000
DESCRIPCIÓN DE EQUIPOS				
Video Beam	1		1.200.000	1.200.000
Computador	1		1.600.000	1.600.000
Servicio de comunicaciones	1	12	140.000	1.680.000
Cámara fotográfica	1		900.000	900.000
Cámara filmadora	1		1.000.000	1.000.000
Grabadoras	1		150.000	150.000
Memorias USB	5		18.000	90.000
Sonido para 350 personas	6		90.000	540.000
			Sub Total	7.160.000
OTROS				
Multimedia del proceso	1		1.350.000	1.350.000
Memorias del proceso	45		4.000	180.000
Sayco y Acimpro	6		170.000	1.020.000
Pólizas para eventos	1		200.000	200.000
			Sub Total	2.750.000
Subtotal PERSONAL				177.000.000
Subtotal MATERIAL Y SUMINISTROS				19.515.000
Subtotal SALIDAS DE CAMPO				570.000
Subtotal MATERIAL BIBLIOGRAFICO				650.000
Subtotal EQUIPOS				7.160.000
Subtotal OTROS				2.750.000

Subtotal				207.645.000
Administración			0	20.764.500
IVA			0	3.322.320
			Total	231.731.820

12. REFERENCIAS

Ashmore, R.D. y Del Boca, F.K. (1981). Conceptual approaches to stereotypes and stereotyping. En Hamilton, D.L. (ed.), Cognitive processes in stereotyping and intergroup behavior, Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Departamento de Antioquia. (2012). *Plan de Desarrollo de Antioquia*. Medellín.

Fundación Red de Apoyo Social de Antioquia. (2010). *Si a mis Derechos*. Recuperado de <http://www.siamisderechos.org/portal/inicio.php?uid=0&leng=es&todo=0>

Fuster, M. y. (2010). *Estigma Asociado a la Infección por VIH/SIDA*. Gobierno de Canarias. Recuperado de: www.gobierno de Canarias.org/sanidad

Miric, M. (2004). *El estigma social desde la Teoría de la Comunicación Humana de Paulo Watzlawick*. Costa Rica : Paradigmas.

Morales, E. A. (2011). *La esfera pública del contagio privado: Historia sobre las políticas sobre el VIH/SIDA en Colombia*. Bogotá : Universidad Nacional de Colombia.

ONUSIDA. (2005). *violacion de los Derechos Humanos, Estigma y Discriminación relacionados con VIH*. Organización de Naciones Unidas.

Pelaez, L. M. (1 de 12 de 2012). Situación Actual VIH. (P. E. Colombiano, Entrevistador)

Proyecto Fondo Mundial VIH. (2011). *Mapeo para generar capacidad instalada*. Medellín: CHF.

RASA. (2006). *Patente nº 21-009500-22*. Medellín-Colombia.

Moscovici, S. (1979). *Teoría de las representaciones sociales*. Paidós. Barcelona: España.

Jodelet, D. (1984). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En Moscovici, S. *Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona-Buenos Aires-México: Paidós.

Ayala S. Las representaciones sociales: Enfoque Teórico para su discusión. Cuaderno de las ciencias sociales 127. Costa Rica Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales; 2002.

Grado de entendimiento sobre el VIH y el SIDA entre jóvenes de sexo masculino basados en la teoría de las Representaciones Sociales. Revista electrónica enfermería global. N° 12 febrero de 2008.

Jaden, U. d. (s.f.). *Iniciación a la investigación*. p. 2.

ONUSIDA. (2001). *protocolo para la identificación de discriminación contra las personas que viven con VIH*. Ginebra, Suiza: ONUSIDA.

Valera, A. B. (1977). Los fundamentos de la intervención psicosocial. En A. B. Valera, *Los fundamentos de la intervención psicosocial*.

Yinger, S. &. (1982). In the eye of the beholder. p 137-187.

Carmona, L. Roza, C. Mogollón, A. (2005). La Salud y la Promoción de la Salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social. Revista Ciencias de la Salud. V3, N° 001, p, 62-77. Recuperado: marzo 20 de 2014. Disponible en : <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/562/5630108>

Goffman, E. (1968). *La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrurtu.

Link, B. & Phelan, J. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.

Moscovici, S. (1979). *Teoría de las representaciones sociales*. Paidós.

Barcelona: España.

Jodelet. D. (1984). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En Moscovici, S. *Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona-Buenos Aires-México: Paidós.

Ayala S. Las representaciones sociales: Enfoque Teórico para su discusión. Cuaderno de las ciencias sociales 127. Costa Rica Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales; 2002.

Grado de entendimiento sobre el VIH y el SIDA entre jóvenes de sexo masculino basados en la teoría de las Representaciones Sociales. Revista electrónica enfermería global. N° 12 febrero de 2008.

Michael A. Hogg, Graham M. Vaughan, Marcela Haro Morando. (2010). psicología social. 26-03-2014, de editorial medica panamericana
Sitio web: <http://books.google.com.co/books?id=7crhnqbQIR4C&pg=PA56&lpg=PA56&dq=estereotipos+de+hogg&source=bl&ots=9F-n0wlvgs&sig=kmQcHUoyeckJwgQn0bXXpe-ZEY4&hl=es&sa=X&ei=go0zU8e5HMLf0gH104D4>